# Ueber einen Fall

von

# abnormen Verlauf der Lebervenen

in

# Verbindung mit Cirrhose und Carcinom

der

# Leber und consecutiver carcinomatöser Infiltration des Peritoneum.

**Inaugural-Dissertation**

der medicinischen Facultät zu Würzburg vorgelegt

von

**Otto Guido Joseph Rosenblatt**
Dr. med.

aus

Glückstadt in Holstein.

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

**Würzburg.**
Druck der Becker'schen Buchdruckerei.
1867.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0129

Seinem

lieben Freunde und Wohlthäter

dem Herrn Apotheker

# A. OBERDOERFFER

in

*inniger Liebe und Dankbarkeit gewidmet*

**vom Verfasser.**

Der nachfolgende Gegenstand, welchen ich mir zur Veröffentlichung gewählt habe, steht gewiss so vereinzelt in der medicinischen Litteratur da, dass die Erhaltung desselben für die Wissenschaft sicherlich nicht ohne Bedeutung ist. Er beweisst einmal wieder so recht deutlich, in wie wunderbarer Weise die Natur sich zu helfen weiss, wie sie immer noch Wege findet, Abnormitäten auszugleichen, Wege, die wir trotz der grossen Fortschritte der medicinischen Wissenschaft nich einmal ahnden könnten, die uns erst die pathologische Anatomie zeigen und erklären muss. Dass die Lunge die Perspiration durch die Haut in Anspruch nimmt, wenn ihre Function durch Entzündungen, Zerstörungen und Entartungen ihres Gewebes beschränkt wird, beweisen die häufigen Schweisse der Pneumoniker, Tuberculösen und Emphysematiker, dass die Veränderungen an den Klappen des Herzens durch Hypertrophien und Dilatationen eine Zeit lang ausgeglichen werden, dass bei Zerstörungen des einen Organs das andere gleich functionirende

sich vergrössert und für das zerstörte mitarbeitet, ist sehr oft wahrzunehmen und wie der Collateralkreislauf die überraschendsten, wie von einem Techniker geleiteten Kreislaufsmodificationen darbietet, ist jedem Mediciner hinlänglich bekannt. Ich brauche nur daran zu erinnern, wie oft die Vena portae in ihrem Stromgebiet beengt wird, wenn Flüssigkeitsansammlungen im Bauchfellraum, Geschwülste, Tromben oder die Lebercirrhose ihre Einflüsse auf sie geltend machen, wie da die kleinen Venen des sogenannten Ligamentum teres hepatis erweitert oder das Lumen der alten nicht vollständig obliterirten vena umbilicalis wieder aufgesucht und ausgedehnt wird, wie die Hautvenen um den Nabel das sogenannte Caput medusae bilden, wie die Anastomosen mit der Vena epigastrica inferior interna und externa, der Vena renalis u. s. w. helfen müssen, um die Störung im Stromgebiet der Leber auszugleichen. Wie aber, wenn gar keine Communication zwischen den Lebervenen und der Vena Cava ascendens vorhanden ist, wenn, wie es in unserem Falle vorliegt, die Cava inferior die Leber passirt, ohne ein Gefäss aus ihr aufzunehmen, wie hilft der Organismus sich da? Die nachfolgende Krankengeschichte mit dem Sectionsresultat wird's lehren. Es sei mir daher vergönnt, den folgenden Fall, der nebenbei sowohl in diagnostischer wie in pathologisch anatomischer Beziehung von nicht geringem Interesse ist, hier mitzutheilen:

Am 12. Juni dieses Jahres wnrde im hiesigen Juliusspitale auf der medicinischen Klinik des Herrn Hofrath v. Bamberger der Arbeitsmann Adam Schreck vorgestellt. Derselbe ist 27 Jahre alt und bis vor 7 Wochen noch vollkommen gesund gewesen. Er spricht nur von unbedeutendem Husten, der zeitweilig im Win-

ter auftrat, ohne indess erhebliche Brustbeschwerden zu verursachen. Für das jetzige bereits 7 Wochen bestehende Leiden kann Patient keinerlei ätiologische Momente angeben. Die Krankheit begann mit stechenden Schmerzen im Unterleib ohne bestimmte Localisirung und gleichzeitiger, allmähliger Anschwellung des Bauches. Der Appetit war vermindert, der Durst verstärkt; Fieberbewegungen scheinen, wenn solche vorhanden, mässigen Grades gewesen zu sein. Stuhl war im Allgemeinen ziemlich normal.

Die allmählig zunehmende Anschwellung des Unterleibs rief auf ihrer Höhe Beklemmung und Athmennoth hervor, und musste ex indicatione vitali ausserhalb des Spitals zweimal die Punktion des Unterleibs gemacht werden. Es sollen hierbei nach Angabe des Patienten jedesmal 15—20 Mass einer blutig gefärbten Flüssigkeit entleert worden sein. Nach der Punktion trat ein heftiger Schmerz in der Gegend der Insertion des Zwergfells auf, der sich in den darauffolgenden Tagen wieder verlor. Wenige Tage nach der Entleerung der Flüssigkeit schwoll der Unterleib allmählig wieder an. In den letzten Tagen ist Oedem des Scrotums und der unteren Extremitäten hinzugetreten. Sonst ergab die Anamnese nichts von Wichtigkeit. Dem Laster des Trunks war Patient nicht ergeben.

## Status praesens:

Patient ist von mittlerer Statur, mässig gut entwickeltem Körperbau, schmutzig gelblichem Colorit. Temperatur und Puls normal. Gesicht blass, abgemagert. Pupillen mässig weit, Conjunctiva Palpebrarum und Schleimhäute

blass. Zunge leicht belegt. Hals mager, der Musculus sternocleidomastoideus prominirend und an dessen Aussenseite eine deutliche systolische Pulsation sichtbar, die der vena jugularis externa angehört. Thorax abgemagert; Clavicula und Rippen stark prominirend. Fossae supraclaviculares mässig eingesunken. Processus ensiformis sterni in der Gegend des Ansatzes an das Corpus sterni eingezogen, an der Spitze stark hervorstehend. Der ganze Thorax, ist kurz, der Respirationstypus ein rein costaler. Im 3. und 4. Intercostalraume etwa 1 1/2 Fingerbreit rechts von der linken Mamillarlinie sieht man die Pulsationen des Herzens.

Percussion am Thorax vorn: In der rechten Fossa superaclaricularis ist der Schall etwas gedämpft, nach unten dagegen voller Schall. Ebenso wie rechts unten sind die Verhältnisse links.

Auscultation; rechts oben unbestimmtes Athmen, unten vesiculäres Athmen mit wenig verschärfter Inspiration. Links deutliches Vesiculärathmen.

Percussion hinten am Thorax: Rechts in der Fossa supraspinata leichte Dämpfung, nach unten sonorer Schall. An der Spitze der Scapula beginnt schon die Leberdämpfung. Links voller Schall.

Auscultation: Rechts oben rhonchi sibilantes und grossblasiges Rasseln. Unten und links vesiculäres Athmen.

Herzdämpfung beginnt und endet im Intercostalraum höher. Percussion giebt keine Vergrösserung an. Töne sind sämmtlich rein, etwas verstärkt, am meisten verstärkt sind die Pulmonaltöne.

Unterleib zeigt eine collosale, gleichmässige Ausdehnung. Bauchdecken stark gespannt und von glänzendem Ansehen. Man sieht neue und alte Zerreissungen im Corium. Die subcutanen Venen der Bauchwand

in einer Entfernung von 3—4 Zoll um den Nabel und bis zum Poupartschen Bande verlaufend sind stark ausgedehnt und geschlängelt. Die Resistenz des Bauches besonders in den abschüssigen Parthien ist vermehrt, und der ganze Unterleib von luftkissenähnlichem Anfühlen. Der Anschlag der Bauchdecken giebt ein deutliches, grosswelliges Fluctuationsgefühl. Die Percussion ist in der oberen Gegend tympanitisch, in der unteren und seitlichen vollkommen gedämpft. Die Percussion bei Lagewechsel ergiebt das Vorhandensein einer frei beweglichen Flüssigkeit im Bauchfellraum. In der Regio epigastrica mehr nach Rechts sieht man eine kleine Hervorwölbung und fühlt durch die gespannten Bauchdecken eine unregelmässige, höckerige, mehr länglichrunde, in Folge der hochgradigen Flüssigkeitsansammlung im Peritonealraum nicht vollkommen abgrenzbare und umgreifbare Geschwulstmasse. —

Die Grösse der Leber ist nicht mit voller Genauigkeit zu bestimmen. Eine wesentliche Volumenänderung ist indess nicht zu constatiren.

Milzdämpfung nicht vergrössert. In der Gegend des Os. sacrum ist bereits Decubitus eingetreten. Scrotum ist ödematös. Rechts befindet sich eine congenitale Inguinalhernie. Muskulatur der Extremitäten schlaff und atrophisch. An den Unterschenkeln, besonders um die Knöchel leichte ödematöse Schwellung.

Urin von trübem goldgelben Ansehen hat einen Niederschlag von harnsauren Salzen. Eiweiss nicht vorhanden.

## Diagnose.

Das allmählige, selbstständige Auftreten der Flüssigkeit, welche, wie Schall und Formveränderung des Bau-

ches bei verschiedener Lage des Körpers beweisen, frei in der Bauchhöhle liegt, das Fehlen derselben im Herzbeutel und Brustfellraum, der Mangel eines Oedems an den obern Extremitäten und am Kopf berechtigt von vorn herein zur Annahme einer Erkrankung eines der Unterleibsorgane, zumal auch Lunge und Herz keine physikalischen Anhaltspunkte für die Erklärung des Ascites geben. Die Frage, ob Exsudat oder Transudat, entscheidet sich gar leicht zu Gunsten des letzteren, wegen des ganz allmähligen Auftretens der Flüssigkeit, ohne Fieber, ohne Schmerz und der freien Beweglichkeit derselben. Ein solches Transudat muss uns an dyscrasische Zustände erinnern. Kommen wir indess wieder auf die Organe der Unterleibshöhle zurück. Von diesen ist eine Erkrankung der Niere wegen des Nichtvorhandenseins von Eiweiss im Urin und des Mangels sonstiger subjectiver Symptome von vorne herein auszuschliessen; eben so eine Erkrankung der Milz, weil keine Vergrösserung nachweissbar. Von den Organen, welche demnach behufs der Erklärung der Ursache des Ascites in Frage kommen, blieben also die Pfortader, die Leber und das Peritoneum übrig.

Für die Annahme einer Pylephitis giebt die Anamnese und der Status praesens gar keine Anhaltspunkte Weder die Entstehung noch der Verlauf des vorliegenden Krankheitsbildes, welches ohne Fieber, ohne Schmerzen, ohne wesentliche Störungen in den Functionen der mit der Pfortader in enger Verbindung stehenden Unterleibsorgane bestanden hat und besteht, sprechen für jene Erkrankung des Stammes der Pfortader. Freilich deuten die Bauchdeckenvenen auf Circulationshinternisse im Bereiche der Unterleibsvenen hin. Die erweiterten Venen lassen sich vom Poupartischen Bande aus nach

oben zum Nabel deutlich verfolgen und beginnen nicht erst in der Gegend des Nabels oder oberhalb desselben. Es kann hier desshalb nicht die Ausdehnung der Venen vorhanden sein, welche in Form des sogenannten Medusenhauptes bei Circulationsstörungen im Bereich der Vena portae eintritt und sich durch Einleitung eines Collateralkreislaufes durch die frühere Vena umbilicalis bildet. Es muss vielmehr mit grösster Wahrscheinlichkeit die Vena umbilicalis obliterirt sein.

Bezüglich einer Erkrankung der Leber bieten weder die Anamnese, noch die physikalischen, die subjectiven oder objectiven Erscheinungen wesentliche Anhaltspunkte. Man würde zuvörderst an die Lebercirrhose denken. Allein gegen die Annahme derselben sprechen der Mangel einer Volumensänderung, die fehlende cirrhotische Härte, das Nichtvorhandensein einer Milzvergrösserung, des Icterus, der im Verlauf derselben sich doch gerne einmal bemerklich macht, und der im Ganzen sehr rasche Verlauf der vorliegenden Krankheit. — Es wäre noch eine andere Erkrankung der Leber in diesem Falle denkbar, nämlich die sehr selten vorkommende fibröse Verdichtung und Schrumpfung des Leberüberzuges mit gleichzeitiger, eben solcher Affection des Peritoneums. Allein auch hierfür fehlen uns die wesentlichsten anamnestischen und symptomatischen Anhaltspunkte.

Gegen Carcinom der Leber sprechen der Mangel einer vergrösserten Leberdämpfung, das Fehlen der Carcinomknoten an der Oberfläche, das Alter des Patienten, wenn auch dies weniger in die Wage fällt.

Es bleibt also nur übrig, eine Erkrankung des Peritoneums hier anzunehmen und zwar eine chronische, all-

mählige Infiltration desselben, entweder durch Tuberculose oder Carcinom.

Tuberculose des Peritoneums kommt aber höchst selten primär vor, sondern fast stets im Gefolge einer Lungentuberculose, oder einer tuberculösen Erkrankung der Sexualorgane. Allein für keinen dieser beiden Erkrankungen finden wir in der Anamnese oder im Status praesens sichere Anhaltspunkte. Die Dyspnoe, über welche der Patient in diesem Augenblick klagt, erklärt sich leicht aus der durch die hochgradige Flüssigkeitsansammlung im Bauchfellraum hervorgerufenen Compression der Lungen und aus der leichten Dämpfung. In den Rasselgeräuschen der rechten Fossa supra clavicularis allein finden wir noch keine Berechtigung zur Annahme einer tuberculösen Entartung der rechten Lungenspitze.

Es bleibt also die carcinomatöse Infiltration des Peritoneums als die wahrscheinlichste Diagnose für die vorliegende Erkrankung übrig. Der Krebs des Bauchfells kommt gleichfalls selten als ein primäres Leiden vor, pflanzt sich vielmehr in den meisten Fällen von den benachbarten Organen, von der Leber, vom Magen, dem Sexualapparat, seltener vom Darm auf das Bauchfell fort. Allein es bleibt vorläufig die Diagnose Carcinom des Bauchfells die wahrscheinlichste. Der Scirrhus und der Medullarkrebs treten gewöhnlich unter der Form zahlreicher, kaum erbsengrosser, über das ganze Peritoneum zerstreuter Granulationen und Knötchen oder unter der Form einer diffusen, flachen Entartung des peritonealen Gewebes auf. — Es wurde nun ex indicatione symptomatica et vitali die Paracentesis abdominalis vorgenommen und eine blutig gefärbte Flüssigkeit, welche etwa 20 Maass betrug, entleert. Nach der Paracentese wurde das Abdomen durch um dasselbe ge-

wickelte, breite Tücher comprimirt. Die Flüssigkeit war sehr reich an Eiweiss und enthielt viel transsudirten Blutfarbstoff. Blutkörperchen waren in derselben nicht zu finden.

Nach der Punction zeigt sich der Tumor, von dem schon bei der Aufnahme des Status praesens die Rede war, nach unten leicht abgrenzbar und direct in den rechten Leberlappen übergehend. Er ist an der Oberfläche uneben, etwas nach rechts von der rechten Mamillarlinie gelegen, rundlich, oval, von einer Grösse von beiläufig vier Zoll von der Regio epigastrica sich nach dem Nabel hin erstreckend. Es ist dieser Tumor wahrscheinlich der rechte untere Leberlappen, der sich härtlich und derb anfühlt und mit dem parietalen Blatt des Bauchfells innig verwachsen ist. Eine Vergrösserung der Milzdämpfung lässt sich auch jetzt nicht nachweisen. Behandlnng berücksichtigte von nun an nur die Diurese und die Kräfte des Patienten.

Verlauf der Krankheit:

Am Tage nach der Punction, also am

13ten Juni früh. Patient hat gut geschlafen, fühlt sich leidlich besser. Appetit gut, Durst vermehrt. Leichter Schmerz in der Gegend der Insertion des Zwergfells. Bauchwand eingesunken.

14. Unruhige Nacht, Schmerz von Seiten des Decubitus. Leichte Auftreibung des Unterleibs und Schmerzen in demselben.

15. Schlechte Nacht, Schmerz von Seiten des Decubitus heftiger. Schmerzen und Spannung im Leib. Neue Ansammlung der Ascitesflüssigkeit nachweisbar. Viel Durst. Leichte Diarrhoe, mehrmaliges Erbrechen. 1/4 Gr. Morphium subcutan injicirt bringt Linderung.

19. Ascites hat dieselbe Höhe, wie vor der Paracen-

tese erreicht. Schmerzen im Epigastrum und von Seite des zunehmenden Decubitus. Apetit sehr gering, Diurese sehr sparsam. Allgemeine Depression.

23. Nach 1/4 Gran Morph. acet. gut geschlafen. Ascites noch hochgradiger als bei der letzten Punction. Leichte Fieberbewegungen. Sehr vermehrter Durst. Zunge belegt. Appetit sehr gering. Sensorium frei.

24. Vierte Paracentese. Entleerung von 22 Maass derselben blutig gefärbten, serösen Flüssigkeit.

25. Allgemeine Erleichterung. Appetit und Schlaf besser. Defäcation und Diurese fast normal.

29. Schlaf unruhig, viel Durst, grosse Schmerzhaftigkeit im ganzen Unterleib.

3. Juli. Auffallend rascher Kräfteverfall, starke Abmagerung. Hyperaesthesie der Haut Sonst wie früher. Die Ascitesflüssigkeit ist wiederum nachweisbar.

8. Juli. Der Ascites hat wieder eine bedeutende Höhe erreicht. Grosse Depression. Kein Schlaf, kein Appetit. Sichtlicher Verfall der Kräfte. Weinerliche Stimmung. Am Epigastrium bemerkt man mehrere Petechien.

11. Juli. Paracentese. Entleerung von 23 Maass hämorrhagischer Flüssigkeit. Die Erleichterung nach der Paracentese ist nur unbedeutend und vorübergehend. Schmerz im Epigastrium und in der Ileocöcalgegend. Der im rechten Epigastrium fühlbare Tumor fühlt sich als eine härtliche, knotige Masse an, hat eine Ausdehnung von 6 bis 8 Zoll und zeigt bei der In- und Exspiration keinerlei Mitbewegung. Bauchdecken schlaff. Hochgradiger Collapsus.

15. Bedeutend vermehrter Decubitus, grosse Schmerzhaftigkeit, die durch Narcotica kaum zu bekämpfen ist.

16. früh 8½ Uhr. Lethaler Ausgang in Folge des hochgradigen Collapsus.

Die Section wurde am folgenden Morgen um 9 Uhr vom Hrn. Professor Dr. v. Recklinghausen gemacht und ergab folgendes höchst interessante Resultat. Mässig kleiner Körper, starke Abmagerung. Bauch sehr breit. Im Epigastrium ein grösserer Knoten fühlbar Bauchdecken schlaff. Im Epigastrium Leber mit der Bauchwand verwachsen, unterer Theil der Bauchhöhle frei. Hier etwa zwei Quart braunröthliche, leicht trübe Flüssigkeit, im kleinen Becken leichte, blutige, fibrinöse Abscheidungen. Nirgends eitrige Sedimente.

Brusthöhle. In beiden Pleurasäcken zahlreiche Adhäsionen. Wenig klares, blassgelbes Transsudat. Dieselben Verhältnisse im Herzbeutel. Herz sehr klein, atrophisch. An den Klappen Alles normal. Herzfleisch schlaff, blass. Lungen stark aufgebläht, in den hintern und untern Theilen blutreich, nirgends festere Verdickung. Im rechten Bronchus reichlich grünlicher Schleim mit vielen Flocken. Rechts oben Oedem. Keine Infiltration. In den Aesten der unteren Lappen intensiver Catarrh. Schilddrüse enthält mehrere Knoten und in einzelnen derselben zeigen sich Cysten. Oesophagus mässig weit, das Epithel lösst sich in Fetzen ab. Am Diaphragma auf der Thoraxseite die Lymphgefässe des musculösen Theils mit blutiger Flüssigkeit gefüllt. Leichte Verdickungen mit stark erweiterten Venen.

Bauchhöhle. Gedärme ziemlich weit. Dickdarm stark durch Gas aufgetrieben. An der Serosa des Dünndarms ausgedehnte Verdickungen. Im Dünndarm gelber, dünnflüssiger Inhalt. Schleimhaut normal. Auf dem Mesenterialansatze, starke, weissliche narbige Verdickun-

gen. Auf dem Mesenterium zahllose, kleine, weissliche, oder gelbliche Knötchen, die zu grösseren Knoten confluiren. Auf dem Peritoneum sieht man flache Knötchen von verschiedener Grösse, die sich oberhalb der Lymphdrüsen zu grösseren Knoten erheben. Im oberen Theil der Bauchhöhle sind sie als ganz flache Plaques entwickelt. Der zwischen den Plaques liegende Theil der Serosa ist schwärzlich pigmentirt, und gefässreich. Im untern Theil der Bauchhöhle ist das Peritoneum dadurch fast schwarzroth. Die Fibrinmassen im Douglasschen Raum haften der Serosa fest an und unter ihnen befinden sich zahlreiche, dichtgedrängte, bis Kirschkerngrosse Knoten. Sehr grosse Knoten sieht man in reichlicher Zahl an der Serosa der beiden Fossae Iliacae, die sich links besonders weit nach der Lumbalgegend erstrecken. Sie sind besonders hier blutreich, fast cavernös, aus gelblichen, leicht durchscheinenden Gewebe bestehend, das nirgends deutlich käsig wird.

Netz ist nach oben emporgeschlagen und mit der Leber und der vorderen Bauchwand verwachsen. In demselben sind reichliche, schiefrige Pigmentirungen, die Fettläppchen atrophirt, keine jungen Knötchen. Milz. Kapsel verdickt, schlaff, zähe, blassroth. Linke Nebenniere etwas klein, rechte normal.

Linke Niere enthält mehrere Cysten. Das Nierenbecken ist leicht dliatirt. Rechte normal.

Magen enthält eine gelbliche Flüssigkeit, auf der vorderen Wand ziemlich viel zähen, weisslichen Schleim. Schleimhaut ist stark verdickt. Die Verdickungen befinden sich grösstentheils im mittleren Theil des Magens in Form von flachen Netzen. Pylorus schiefrig gefärbt.

Gallenblasenwand ist verdickt, ohne knotige Eruptionen. Aus dem Ductus choledochus lässt sich

nur mit Mühe ein zäher, blassgelber Schleimpfropf entleeren, dem eine sehr zähe Galle nachfolgt. Pancreas sehr klein und derb. Auf der Schnittfläche keine Knoten. In der Cauda in den interstitiellen Zügen intensiv gelbe, opake Stellen. Die Leber adhärirt mit ihrem linken Lappen der Bauchwand durch festes Bindegewebe, in dem sich eine Anzahl Gefässe befindet; ihr rechter Seitenrand und oberer, vorderer Theil ist mit dem Zwergfell verwachsen. Am vorderen Rande des rechten Leberlappens ragt ein gänseeigrosser Knoten sehr weit hervor. Er ist von der Kapsel umgeben und mit der Flexura hepatica Coli verwachsen. An der untern Fläche der Leber keine abnorme Verbindungen. Die untere Seite des Zwergfells, sowie die Leberkapsel zeigen die auf dem Bauchfell gefundenen Knötchen und Knoten nur in geringer Anzahl, dagegen starke Pigmentirung und Gefässneubildung. Die convexe Fläche der Leber besitzt viele lappige, hervorspringende Erhabenheiten von verschiedener Grösse und ist mit dicken Fibrinmassen bedeckt. Am unteren Rande verläuft innerhalb der Capsel ein sehr weites, geschlängeltes Blutgefäss, das durch zahlreiche Aeste mit den Adhäsionen in Verbindung steht. Von hier aus gehen starke, geschlängelte Zweige in die Bauchdecken fort, von denen ein grösserer Stamm bis zum Lig. Poup. geht, während andere Zweige die Vena mammaria, die Venae thoracicae, oder, wie es bei Stauungen öfter gesehieht, gegen den Venenstrom, die Venae epigastricae aufsuchen. Auch mit den Venen des Zwerfells haben sich weitmaschige Venenplexus hergestellt. Der Stamm am Leberrande lässt sich in's Leberparenchym sehr gut verfolgen und mündet in der Nähe der Porta in eine Lebervene, geht vielmehr von derselben aus, oder bietet einen Abzugs-

kanal für das Lebervenenblut. Die Vena portae verhält sich normal. Die Vena cava inferior durchzieht die obere rechte Leberfurche, ohne einen Ast aus dem Leberparenchym aufzunehmen. Nur kleine Venen gehen von dem die Leberoberfläche mit dem Zwergfell verklebendem Bindegewebe in sie hinein. Ihre Innenwand zeigt leichte Erhebungen und Vertiefungen und da, wo sie durch's Foramen quadrilaterum geht, zeigt sich eine circulär verlaufende, vorspringende Leiste. In der Umgebung der Vena cava nichts Abnormes.

Die Leber trägt an der Oberfläehe des linken Lappens eine peripherische Schicht aus blutig, dunkelrothem Gewebe bestehend und zeigt uns den Zustand einer cirrhotischen Leber. Die Schnittfläche ist körnig; in's Gewebe setzen sich viele strahlige Züge von der Kapsel aus fort, namentlich vom Ligamentum suspensorium aus. Die restirenden Acini sind grau Pigment haltig. Man sieht keine besonderen, knotigen Bildungen, auch nicht in den gefäss- und Bindegewebsreichen, narbigen Zügen. Der grosse oben erwähnte Tumor des rechten Lappens, welcher sich neben der Gallenblase hefindet, ist von rundlich, birnförmiger Gestalt, hat 70 bis 80 Milimeter im Durchmesser, ist durch weisse Bindegewebsschichten von der Leber getrennt und in einzelne Abtheilungen zerfallend, welche theils weich, gelb grünlich, fettähnlich, theils trüb, käsig aussehen. Die peripherischen Schichten sind weisslich käsig, die inneren grauröthlich. Zwischen diesen Lappen finden sich Gefäss- und bindegewebsreiche Züge.

Gallengänge und Gefässe der Leber normal.

Drüsen an der Wirbelsäule normal. In der linken Inguinalgegend ein Leistenbruch, der von der Bauchhöhle aus leicht zugänglich ist.

Hoden verkümmert.

Rechts. Hydrocele. Im Samenstrang ein kleiner Tumor aus röthlichem Gewebe. Oberhalb desselben zeigt sich der ehemalige Processus vaginalis unvollständig geschlossen. In der Submucosa des Rectum grosse Hämorrhoidalknoten. Blase und Prostata zeigen nichts abnormes.

## Mikroskopischer Befund.

Die grössten Knoten des Bauchfelles sind sehr reich an weiten Blutgefässen; zwischen diesen ist dasselbe Gewebe, wie in den kleinen Knoten, nämlich theils durchsichtiges Gewebe, welches aus Haufen grosser rundlicher Zellen besteht, theils undurchsichtige Substanz, in welcher dieselben Zellen reichliche Fetttropfen meist von sehr bedeutender Grösse enthalten. Zwischen diesen Zellenhaufen befindet sich ein bindegewebiges Gerüst, welches entsprechende Alveolen bildet. Wir haben hier somit wohl die Form des Alveolarkrebses vor uns.

Wir sehen also im Leberparanchym eine neue Vene gebildet, die vom unteren Rande der Leber aus in die Bauchwand geht und von hier theils nach oben ziehend die Vena mammaria interna aufsucht, um so zu der Vena anonyma zu gelangen, theils auch, wie es ja bei Stauungen so oft vorkommt, um gegen den Venenstrom mit Zweigen in die Vena epigastrica inferior zu münden. Etwas Lebervenenblut nimmt auch wohl die Sammelvene für die Thoraxwände, die Vena azygos mittelst Anastomosen von Seite der Venen des Zwergfells auf. Normaler Weise entleeren sich bekanntlich in die Vena cava inferior, während diese in ihrer Leberfurche zum

Zwergfell aufsteigt, zwei bis drei grössere und mehrere kleinere Lebervenen, deren Lumina man, wenn man die Vena cava ascendens aufschneidet, leicht wahrnehmen kann. Im Ganzen sind so auffallende Entwicklungsanomalien der Venen, wie die hier vorliegende, höchst selten, während Verlauf und Anastomosen ja so wandelbar sind, wie nur irgend denkbar. In der Litteratur, so weit sie mir zu Gebote steht, finde ich keinen einzigen Fall, welcher den Umweg des Lebervenenblutes, welchen wir hier haben, constatirt. — Jedenfalls gehört die Verwachsung der Leber mit der Bauchwand und die nachherige oder gleichzeitige Bildung des abnormen Gefässes dem intrauterinalen Leben an und zwar den ersten vier Monaten desselben, einer Zeit, in welchen nach Förster (Missbildungen des Menschen Pag. 1) alle oder einzelne Theile der Frucht noch in der Entwicklung aus dem Keimblättern begriffen sind, ihre reife Form noch nicht erhalten haben. Man nennt diese Zeit das embryonale Alter, während die Zeit nach dieser bis zur Geburt, das fötale Alter genannt wird. In diesem haben alle Theile der menschlichen Frucht schon ihre reife Ausbildung erlangt, sie brauchen jetzt nur zu wachsen. Die Ursachen solcher Störungen in der Bildung liegen noch in tiefen Dunkel. Krankheiten der Eltern, die theils ererbt, theils erworben sein können, und entweder in pathologischen Verhältnissen des Blutes oder in abnormitäten des Eies oder des Samens beruhen müssen, oder die Schwangere treffende Traumen, oder pathologische Processe sind sicherlich die wichtigsten ätiologischen Momente.

Als wichtigste und interessanteste Fälle in der Abnormität der Bildung und des Verlaufes der Venen, welche ich aus der Litteratur zusammengesucht habe,

will ich noch folgende erwähnen: Otto erwähnt in seiner Path. Anatomie pag. 347 Fälle, in denen wegen fehlender Vereinigung der Vena anonyma zwei obere Hohlvenen und desshalb keine eigentlichen Venae Anonymae vorkamen. Die linke Hohlvene krümmte sich in diesem Falle um die hintere Wand der linken Vorkammer des Herzen zur unteren Wand des rechten Atrium. Ebenso kommt es nach E. H. Weber nicht so gar selten vor, dass die Vena hemiazygos, welche normal bekanntlich auf der linken Seite der Wirbelsäule in der Lumbalgegend entspringt und in der Gegend des siebenten oder achten Brustwirbels hinter der Aorta nach rechts zur Azygos geht, auf ihrer Seite bleibt, bis zur linken Vena anonyma aufsteigt und sich in diese ergiesst, so dass gewissermassen eine Vena azygos dextra und sinistra vorhanden sind. Bezüglich der uns mehr interessirenden Lebervene spricht Hyrtl in seiner Anatomie von Fällen, in denen die zu einem gemeinschaftlichen Stamm vereinigten Lebervenen in die rechte Vorkammer des Herzens direkt einmünden und zwar neben der Cava inferior. Starck, Otto, Gurlt und Hyrtl beschreiben Fälle, wo nur der gemeinschaftliche Stamm der Lebervenen durch das Foramen quadrilaterum zur rechten Vorkammer des Herzen ging, alle übrigen sonst zur Cava inferior tretenden Venen aber von der ungemein entwickelten Vena azygos aufgenommen wurden. Versetzung der Vena cava inferior auf die linke Seite, ohne gleichzeitige Versetzung der Eingeweide beobachtete Harrison (Surg. Anat. of the Arteries Vol 2. pag. 22). Pohl hat Fälle gesehen, in denen die Venae iliacae communes sich erst bedeutend höher oben zur Cava inferior vereinigten.

Hyrtl erzählt iu seinem Lehrbuch der Anatomie

des Menschen von einem Fall, in dem beide venae iliacae communes parallel neben der Wirbelsäule aufsteigen und jede derselben eine Nierenvene aufnahm. Sömmering sah die Vena azygos sich in die Cava inferior innerhalb des Herzbeutels ergiessen. Schliesslich will ich noch bemerken, dass auch Einmündung der Vena cava inferior in den linken Vorhof beobachtet worden ist und soll diese Abnormität Cyanose bedingt haben. (King, Lemaire). —

Kommen wir nun noch einmal auf unseren Fall zurück. Die hauptsächlichsten pathologisch-anatomischen Befunde neben dem abnormen Verlauf der Lebervenen sind die Cirrhose der Leber, das Carcinom in derselben, die carcinomatöse Infiltration des Peritoneums, die Peritonitis mit der Gefässneubildung und der Ascites. Sind diese pathologischen Producte und Erscheinungen nun als einheitliches zusammengehöriges Krankheitsbild in einen Rahmen zu spannen, stehen sie in einem physiologischen Zusammenhang zu einander und lassen sich die während des Lebens zu Tage getretenen Symptome, besonders der plötzliche und späte Anfang und der relativ rasche, siebenwöchentliche Verlauf der Krankheitserscheinungen mit denselben in Einklang bringen? Oder sind hier neben einander und unabhängig von einander verlaufende pathologische Processe die Urheber des ganzen Krankheitsbildes gewesen? Wir erklären uns die Verhältnisse folgendermassen:

Höchst wahrscheinlich ist in der embryonalen Lebensperiode, jener Zeit, in welcher, wie wir oben bemerkt haben, die einzelnen Theile des Organismus ihre vollkommene Reife und Entwicklung noch nicht erreicht haben, eine partielle, interstitielle Hepatitis zu Stande gekommen, die von dem Leberüberzuge ausgehend (und

zwar in der Gegend der Fossa pro Vena cava inferior) sich in's Parenchym erstreckte. Durch Wucherung von Bindegewebe in dieser Gegend wurde nun entweder verhindert, dass die der Cava inferior entgegenwachsenden Lebervenen das Lumen derselben erreichten, oder auch die bereits vorhandene Lebervenenverbindung mit der Cava inferior wurde wieder aufgehoben durch eine Compression der Lumina der Venae hepaticae, welche jene Bindegewebswucherung hervorgerufen hatte. Die Lebervenen flossen nun zu einen Stamm zusammen und als die Organe des Körpers sich consolidirten, blieben die Verhältnisse so. Der Leberüberzug verwuchs mit der Bauchwand und dem Zwergfell, wie das ja bei der chronischen interstitiellen Hepatitis Erwachsener fast die Regel ist und der neugeschaffene Gefässkanal brach sich Bahn durch Anastomosen in der Bauchwand, während andere kleine Lebervenen ihren Inhalt durch das Zwergfell weiter beförderten. —

Für die Ursache einer partiellen Lebercirrhose haben wir hier keine Anhaltspunkte. Allein es ist ja bekannt, wie sehr die Aetiologie der Lebercirrhose überhaupt noch im Argen liegt. Wir klammern uns noch immer bei den Erklärungen der Ursachen jener gefährlichen Krankheit, weil wir nichts Anderes wissen, an die reizenden Einflüsse der dem Blut aus chronisch genossenen, alkoholischen und scharfen Ingestis mitgetheilten Substanzen an. Ob und in wie weit nun in unserem Falle solche Einflüsse in Wirksamkeit gewesen sind, vermögen wir nicht anzugeben, da wir von den Neigungen und Verhältnissen der Eltern unseres Patienten nichts in Erfahrung bringen konnten. —

Die partielle Cirrhose und Gefässabnormität sind nun für das ganze Leben geblieben. Die Leber, wie die

Gefässe sind mit dem Individuum gewachsen und haben ihre guten Dienste gethan. Bei der individuellen carcinomatösen Dyscrasie oder Disposition, die wir heut zu Tage doch noch immer gelten lassen müssen, hat sich dann später in der Leber primär ein Carcinom gebildet, (was doch im Ganzen selten vorkommt). Hierbei haben sicherlich die öfteren Stromanomalien in den weiten, so dicht unter der Haut gelegenen Venen gut geholfen. Der Patient war Arbeitsmann und musste die so oft in Anspruch genommene Bauchpresse gewiss noch mehr gebrauchen, als viele andere Leute. Es war somit Gelegenheit zu Stauungen und Reizen in dem Leberparenchym genug vorhanden. So trug Patient diese Abnormitäten bis zu seinem 27. Jahre mit sich herum, ohne etwas davon zu ahnden, ohne nur irgendwie davon belästigt zu sein. Das Carcinom war mittlerweilen immer grösser geworden, seine specifischen Bestandtheile waren verschiedene Metamorphosen eingegangen; bis etwa 7 Wochen vor seiner Aufnahme im Spital durch Fiebererscheinungen sich eine carcinomatöse Infiltration des Bauchfells anmeldete, die Peritonitis zur Folge hatte. (Vielleicht sind auch die Fiebererscheinungen der Peritonitis allein zuzuschreiben.) Nun entstanden die neuen Gefässe des Bauchfells, deren cavernöse Anordnung sicherlich auch den öfteren Stauungen zuzuschreiben ist, nun trat auch der Ascites auf und brachte die Dispnoe, die Schmerzen, die Störungen von Seiten des Digestionstractus. Die Ernährung wurde mehr und mehr reducirt, die Kräfte verfielen und unter allgemeinen Collapserscheinungen stellte der Tod sich ein.